

resultado final do tratamento, procedeu-se à realização de um encerramento de diagnóstico, o qual serviu de base para a execução de uma matriz individualizada em silicone, utilizada como guia palatino das respetivas restaurações. De referir, que primariamente à realização das mesmas, foram tiradas fotos intra e extra-orais e ainda efetuada uma profilaxia com jato de bicarbonato. A aplicação da resina composta micro-híbrida (Miris® Coltène) foi efetuada pela técnica de estratificação natural. Após a realização das restaurações estéticas, foi agendada uma consulta de controlo após 6 meses, para controlo das restaurações, da saúde periodontal e novo registo fotográfico. Discussão: Os diastemas interincisivos centrais superiores e a presença de dentes conóides são vistos como um fator antiestético podendo ser extremamente prejudiciais do ponto de vista social. O diastema interincisivo afeta cerca de 22,33% da população, enquanto que a taxa dos incisivos conóides se situa nos 1,03%, incidindo indistintamente em ambos os quadrantes da arcada, sendo normalmente unilaterais e mais comuns no sexo feminino. O diagnóstico diferencial destas anomalias deve ser realizado o mais cedo possível, de forma a encetar o tratamento mais indicado que pode variar desde uma restauração adesiva direta até a necessidade de tratamento ortodôntico ou mesmo protético. A utilização de resinas compostas diretas apresenta várias vantagens em relação a outras técnicas, como a preservação da estrutura dental, a reversibilidade do procedimento, o menor custo para o paciente, o menor tempo de tratamento e a possibilidade de futura adição incremental ou remoção dos materiais.

**Conclusões:** A técnica restauradora direta utilizando resinas compostas, quando corretamente indicada, constitui uma alternativa de tratamento com um resultado estético previsível e satisfatório para a reabilitação estética de dentes conóides e fechamento de diastemas.

## C-2. ODONTOMA COMPOSTO – CASO CLÍNICO

Helena Salgado\*, Ana Portela, Pedro Mesquita

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Introdução:** Os odontomas são tumores odontogénicos benignos compostos por esmalte, dentina e tecido pulpar. A maior parte destas lesões é assintomática, constituindo meros achados radiográficos. Morfologicamente os odontomas podem ser classificados como complexos, quando se apresentam como massas irregulares contendo os diferentes tipos de tecidos dentários, ou como compostos quando esses tecidos dentários se organizam e formam pequenas estruturas semelhantes a dentes – os dentículos. Por vezes os odontomas podem causar impactação ou atraso na erupção dos dentes definitivos. A etiologia dos odontomas é desconhecida, no entanto, fatores genéticos e causas ambientais tais como os traumatismos ou as infeções têm sido propostos como possíveis causas.

**Caso Clínico:** Paciente do sexo feminino, raça caucasiana, com 9 anos de idade, compareceu na consulta de Medicina Dentária com dúvida relativamente ao aparente atraso na exfoliação dos dentes decíduos: 53, 54 e 55. Realizou-se uma radiografia panorâmica, onde se confirmou a presença de uma lesão formada por pequenas estruturas radiopacas semelhantes a dentes, constituindo um obstáculo à erupção dos respetivos dentes definitivos. Foi efetuada a exérese cirúrgica da lesão, sob o efeito de anestesia geral, tendo-se confirmado, após exame anatomo-patológico, o diagnóstico de odontoma composto.

**Conclusão:** A realização de exames radiográficos de rotina é importante para a deteção precoce de lesões silenciosas, como os odontomas, evitando-se desta forma algumas das complicações inerentes à presença destas patologias.

## C-3. QUISTO RADICULAR MANDIBULAR – RELATO DE CASO CLÍNICO

Helena Salgado, Pedro Mesquita\*

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Introdução:** O quisto radicular é o quisto odontogénico de origem inflamatória mais frequente, correspondendo a uma percentagem que varia entre os 52 e os 68% de todos os quistos que podem afetar os maxilares. Este quisto pode-se formar na proximidade da raiz de qualquer dente não vital, no entanto, esta lesão é mais frequente na maxila do que na mandíbula. Em relação ao género, verifica-se que o quisto radicular ocorre com mais frequência nos homens, numa proporção de 3:2. Os indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos são mais afetados. Tal como outras lesões do osso maxilar, o quisto radicular tem um crescimento lento, provocando reabsorção do osso circundante e, normalmente, não provoca dores, a não ser que infeccione, e nesse caso para além de se tornar doloroso, sofre uma rápida expansão com formação de uma tumefação. Estes quistos têm origem na proliferação dos restos epiteliais de Malassez induzida por substâncias inflamatórias que provêm do tecido pulpar necrótico. Daí que para o diagnóstico de quisto radicular seja necessária a presença de um dente não vital.

**Caso Clínico:** Um paciente do género masculino, com 38 anos de idade, compareceu à consulta de Medicina Dentária, revelando que, de vez em quando, ocorria a formação de uma tumefação na região posterior inferior do lado direito, que acabava por desaparecer passado alguns dias. Não referiu sintomatologia dolorosa. Após a realização de uma ortopantomografia foi possível verificar a existência de uma lesão radiotranslúcida de grandes dimensões, com início nas raízes do dente 47 que se encontrava desvitalizado e prolongando-se para posterior até à região do ângulo da mandíbula. Foi efetuada uma TAC para estudar a proximidade da lesão ao nervo alveolar inferior. O tratamento consistiu na exérese cirúrgica da lesão e do dente 46, seguida de exame anatomopatológico para confirmação do diagnóstico de quisto radicular.

**Conclusão:** O controlo radiográfico das lesões periapicais associadas a dentes desvitalizados é fundamental para evitar o seu desenvolvimento e desta forma impedir a formação de quistos das dimensões do apresentado neste trabalho. Apesar do quisto radicular ser uma lesão benigna, tem um crescimento silencioso e muito destrutivo para o osso circundante, daí que deva ser tratado logo numa fase inicial do seu desenvolvimento.

## C-4. REABILITAÇÃO DE UM PACIENTE DESDENTADO TOTAL COM HEMI-MAXILECTOMIA: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Nídia Silva\*, Rafael Andrade, André Correia, J Mário Rocha, José Lordelo, Helena Figueiral

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Introdução:** Num paciente desdentado total, sujeito a uma maxilectomia devido a uma neoplasia, o tamanho e a forma do defeito podem tornar a reabilitação oral mais complexa, sobretudo pela diminuição da área de suporte da prótese.

**Caso Clínico:** Dirigiu-se à Clínica Universitária da FMDUP um paciente do sexo masculino, 45 anos, desdentado total no maxilar superior e parcial no maxilar inferior (Classe I de Kennedy), com defeito ósseo no 2º quadrante devido a uma maxilectomia efetuada para remoção de um carcinoma